

En nuestro caso, todo nos induce a creer que la encefalografía gaseosa ha contribuido de modo primordial al efecto terapéutico logrado, no sólo porque nos cuesta creer pueda la punción lumbar inscribir a su favor la regresión de la parálisis del III par, sino porque no constituye un hecho aislado. Efectivamente, como pueden apreciar en otros capítulos de esta Ponencia, son varias las manifestaciones patológicas de la región hipotálamo-hipofisaria que hemos visto curarse clínicamente después de la introducción de aire en los espacios ventrículo-supraracnoideos. Otros autores, cuyas observaciones comentábamos en nuestra comunicación de Lausanne (78), han observado hechos parecidos.

(Continuará.)

NOTAS Y OBSERVACIONES CLÍNICAS

EL MÉDICO ANTE EL EMBARAZO ECTÓPICO

Prof. F. TERRADES.

Cuando yo estudiaba Medicina, hace ya muchos años, el embarazo ectópico era mucho menos frecuente que ahora y no porque se diagnosticara menos, pues en las laparotomías, los mismos hematoceles indagnosticados eran menos frecuentes. Como no es mi objeto profundizar en su patogenia, me limitaré a consignar que si una de las causas de anidación del huevo en la trompa son las pequeñas alteraciones de las paredes de la misma, según demostré en un trabajo publicado en 1907 (*), la mayor frecuencia actual de curación de salpingitis por tratamiento médico, deja vigentes estas pequeñas alteraciones que no constituyen enfermedad pero que predisponen al ectópico. Por este motivo conviene ahora más que nunca que no sólo el ginecólogo, sino también el internista, diagnostique a tiempo el accidente a que fatalmente da lugar dentro del primer trimestre y que en sus variedades anatómicas: apoplejía ovular, aborto tubárico, ruptura, presentan parecido cuasi-sindrómico; que concretaré esquematizando lo más posible.

Dos tipos pueden presentarse: el gudísimo y el de desarrollo más lento; aunque siempre agudo. El primero es el que importa conocer al internista quien en general ve inicialmente a la enferma.

Sin pródromo alguno o con sólo ligeras molestias en el bajo vientre, la mujer se siente presa de un fuerte dolor abdominal como de puñalada, a veces en pleno reposo nocturno; la encontraréis acostada en posición supina sin atreverse a hacer movimiento alguno; al dolor sigue pronto un estado lipotímico, obnubilación de la vista, cara pálida, mucosas decoloradas, pupilas dilatadas, respiración superficial y frecuente, facciones, no contraídas del que sufre, sino relajadas del que se muere; pulso pequeño, hipotenso, a 120 o más por minuto; vientre no contracturado que con discreción se deja palpar, todo él dolorido pero más en una fosa ilíaca y sonoro a la percusión; temperatura normal. Ante este cuadro de abdomen agudo, pensad en una apendicitis, en una perforación gástrica o duodenal, en una torsión de un tumor cualquiera, en la rotura interna de un absceso, en un cólico nefrítico, pero pensad también en una hemorragia interna; pero la ausencia de temperatura rectal os apartará de la apendicitis y de la ruptura del absceso, la palpación abdominal no os descubrirá ningún tumor torsionado y os indicará que si bien el dolor se refiere a todo el abdomen y hasta más lejos hay un punto máximo en una fosa ilíaca, más discer-

(78) SUBIRANA, A.: Symptomes diencephaliques et troubles oculo-vestibulaires dans quelques cas de blessures intracranienues. Leur possible regression après encephalographie. Reunion annuelle des O. N. O. de la Suisse Romande". Lausanne, 1942.

(*) Contribución a la patogenia del embarazo tubárico (An. de Med., 1907, pág. 308).

nible todavía por el tacto vaginal del Douglas, en cambio la palidez del rostro y dilatación de las pupilas son típicas de una persona que pierde su sangre, pero no esperéis encontrar ésta acumulada en el fondo de la pelvis porque todavía no se ha coagulado. Con todos estos diagnósticos en el pensamiento, haced el interrogatorio que será decisivo.

Mujer en período sexual activo con retraso menstrual de un mes o dos, o solamente de pocos días y alguna vez sin esto (lo frecuente es lo primero en las formas agudísimas, correspondiendo a una rotura tubérica) que poco antes del ataque acusa ligera pérdida de sangre por la vulva; a veces el dolor del primer ataque calmó, pero la pérdida pequeña continúa y el bajo vientre continúa dolorido. Con estos datos el pulso frecuente (120 a 140) y sin temperatura rectal y todos los síntomas de anemia aguda, haced sin vacilar el diagnóstico de embarazo tubérico. Estos datos dados por teléfono por un colega que residía en un pueblo lejos de Barcelona, me bastaron para hacer un diagnóstico a tiempo y operar a la enferma en buenas condiciones. Si la mujer es soltera o viuda no os dejéis impresionar demasiado, pero no pronunciéis la palabra embarazo; interrogándola a solas aclararéis las cosas y seguramente no tardaréis en encontrar al causante en cuanto se entere de la gravedad del caso; no os entretengáis en exámenes hematológicos, velocidad de sedimentación, leucocitosis, urobilinuria, que os harían perder un tiempo precioso ya que si el primer ataque casi nunca es mortal, el segundo puede serlo. De la buena orientación diagnóstica puede depender la vida de la enferma.

Primeros auxilios a prestar. Nada de compresas calientes ni de tónicos cardíacos que aumentarían la hemorragia. Nada de transfusión sanguínea que mejorando la tensión vascular produciría idéntico efecto. Nada de ergotina que puede ser mortal al aumentar la isquemia del cerebro. (He visto un caso en un parto hemorrágico.) Nada de opio para calmar el dolor, que puede dar lugar a la calma precursora de la muerte.

El mayor beneficio se obtiene colocando una bolsa de hielo sobre el vientre. Esto nos permitirá trasladar la enferma a una clínica, donde quizás podamos diferir la operación por unas horas (si el pulso mejora) para intervenir en el momento más propicio; pero si el caso apremia se debe abrir el vientre *aunque la enferma esté sin pulso radial*; pocas gotas de éter bastan para la anestesia; la operación no requiere más de 15 minutos y la enferma se coloca después en Trendelenburg para que se irrigue el cerebro; es la mejor transfusión de momento y la más rápida (con ella he salvado a dos enfermas).

En los casos menos agudos, cuando han pasado las primeras embestidas dolorosas que se han sucedido con tres o cuatro días de intervalo, la localización del mal ya es más netamente ginecológica. Si después del primer dolor puede haber quedado el vientre en calma, cada nueva embestida deja un sedimento doloroso en el bajo vientre, que va haciéndose permanente en una fosa ilíaca; el diagnóstico diferencial queda limitado casi exclusivamente a la apendicitis, la salpingitis y el aborto complicado.

Con la apendicitis crónica tiene de común el dolor la ausencia de fiebre y hasta cierta leucocitosis con polinucleosis; pero si exploramos por la vagina veremos pronto que el sitio máximo del dolor es más bajo y se alcanza por el fondo vaginal correspondiente; además en estos días se ha coleccionado y coagulado la sangre en el peritoneo y notaremos un empastamiento en el Douglas abombado o en la parte lateral, en cuyo caso el útero algo más grueso está ladeado hacia el lado contrario; en último término el interrogatorio minucioso y la *pequeña metrorragia que continúa*, nos pondrá sobre la pista. Es mala práctica la punción exploradora si no va seguida de la operación dentro de las 24 horas, porque puede dar lugar a la infección del coágulo.

Con la salpingitis, si se trata de un caso de muchos días, el error no tiene tanta importancia; en ambos se encontrará el tumor anexial que puede ser ya muy grande, el dolor y hasta un adelanto menstrual que no debe confundirse con la pequeña pero constante pérdida del ectópico; pero en éste el tumor es rigurosamente unilateral o de Douglas, el dolor se sucede por embestidas sucesivas y evoluciona sin fiebre;

en último resultado, los antecedentes nos pondrán sobre la pista del buen diagnóstico.

La confusión con el aborto es ya más corriente y el error más grave. A él contribuirán la creencia de la enferma de estar embarazada, la pérdida genital y algunas veces la expulsión de una caduca; el útero está aumentado de volumen en ambos casos y aunque en circunstancias favorables puede ya encontrarse la colección sanguínea o el útero ladeado, no siempre estos datos son decisivos. La clave del diagnóstico la encontraremos en el dolor, que es grande y por ataques sucesivos en el ectópico y moderado o casi nulo en el aborto; en cambio, la hemorragia es muy pequeña en el primero y fuerte en el segundo. Lo que se puede concretar en esta fórmula: *Gran dolor y poca hemorragia, embarazo ectópico. Gran hemorragia y poco dolor, aborto uterino.*

Téngase presente que un error puede llevarnos a hacer un raspado uterino que sería de fatales consecuencias en el ectópico.

HISTORIA, LITERATURA Y FILOSOFIA MÉDICAS

LOS EGIPCIOS, EL CULTO DE ISIS Y EL SACERDOCIO INICIÁTICO (*)

Dr. ANTONIO NOVELLAS ROIG

Oh Isis, tú que eres la Maga, cura todas mis malvestades y las enfermedades demoníacas y mortales que se abaten sobre mí, así como has libertado y curado a tu hijo Horus.

Papyro de EBER.

El estudio de la civilización egipcia de 1500 a 1200 años antes de nuestra Era, nos demuestra las ciencias medicofarmacéuticas en íntima relación histórica con el Sacerdocio.

Antes de esta época, desde su origen, habían sido las tales patrimonio de los héroes y semidioses. Son testigo de ello las leyendas de TOTI, de HIMHOTEP y el mito de la Tríada ISIS, OSIRIS y HORUS.

Esta ISIS —en fenicio: fertilidad, ciencia— se dice que había cultivado la medicina con perseverancia. Los conocimientos que había obtenido de tal ciencia, habíanle sido revelados por AMNAEL, el primero de los ángeles y los profetas, en recompensa del comercio que ella había consentido de él (13). El conjunto de estos conocimientos había permitido a Isis no solamente resucitar a su hijo bajo el nombre de HORUS, sino llegar al propio tiempo a reconstituir con los despojos del cuerpo de OSIRIS el cadáver de su esposo, que llegó a ser el desenlace de esta aventura, el rey de los Muertos.

Nada hay más impresionante sobre la imaginación de los pueblos como la tradición de estas milagrosas resurrecciones; ellas se hallan presentes en casi todas las epopeyas heroicas con ligeras variantes. Y de paso nos permitiremos hacer resaltar que las más antiguas leyendas atribuyen estos hechos y sus descubrimientos a divinidades femeninas. Creemos que la razón deriva del hecho constante de que tales leyendas datan de la época del *matriarcado*.

Esta impresionante resurrección bastó para fijar a Isis en la imaginación popular. Se le atribuyó el descubrimiento de numerosos medicamentos preciosos, de nuevas formas farmacéuticas, de curaciones sensacionales, de fórmulas mágicas. Se le reconocieron poderes sobrenaturales y se la elevó a la categoría de los dioses, reservando a la medicina entre sus atribuciones.

(*) Del discurso de ingreso en la R. Academia de Medicina de Barcelona: "Apología Histórica de la Farmacia".